Приложение 6
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат

Форма

Сведения о наличии медицинской техники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
               (наименование потенциального поставщика)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиемедицинскойтехники | В том числе приобретенная на условиях финансового лизинга (да/нет) | Годвыпуска | Количество | Текущее состояние медицинской техники(в рабочем/в нерабочем) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя
               потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)